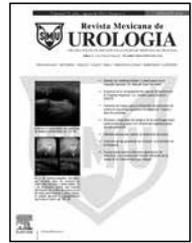


Revista Mexicana de
UROLOGIA

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA

www.elsevier.es/uromx



CASO CLÍNICO

Manejo de la incontinencia urinaria masculina posprostatectomía radical con cabestrillo transobturador (AdVance®)

S. Ahumada-Tamayo*, R. Santa-Cruz, J. Á. Martínez, G. Fernández Noyola, F. García-Salcido, E. Muñoz-Ibarra, A. J. Camacho-Castro, E. Mayorga-Gómez, V. Osornio-Sánchez, G. Garza-Saenz, V. Cornejo-Dávila, A. Palmeros-Rodríguez, I. Uberetagoyna-Tello de Meneses, C. Martínez-Arroyo, M. Cantellano-Orozco, J. G. Morales-Montor y C. Pacheco-Gahbler

División de Urología, Hospital General "Dr. Manuel Gea González", México D.F., México

PALABRAS CLAVE

Incontinencia urinaria de esfuerzo;
Posprostatectomía radical; Cabestrillo transobturador;
México.

Resumen La incontinencia urinaria (IU) es un padecimiento que en general afecta a los hombres en 1% a 39%; tiene varias causas etiológicas, siendo la principal secundaria a prostatectomía radical (PR). La IU de esfuerzo (IUE) secundaria a una PR, continúa siendo un problema con un impacto importante en la calidad de vida del paciente. El tratamiento para la IU depende si se trata de una clasificación leve, moderada o severa. En la IU severa se requiere métodos más intensos, que semejen la actividad del esfínter uretral. Las opciones son el cabestrillo transobturador o implantación de esfínter urinario artificial, aceptado como "gold standard".

Se presenta hombre de 68 años de edad, quien inició en el 2006 con sintomatología obstructiva urinaria baja, se realizó protocolo de estudio con antígeno prostático específico (APE) de 7.02 ng/mL, fracción libre 17%, se realizaron biopsias de próstata con reporte histopatológico (RHP) de cáncer de próstata (CaP); se efectuó PR. El RHP evidenció Gleason 4+4=8 y pT2c. Posteriormente cursa con IUE, moderada, sin mejoría al tratamiento médico. La uretrrocistografía mostró dilatación de la uretra bulbar y en la cistoscopia se observó el esfínter íntegro, por lo que se decidió su manejo quirúrgico con la colocación de cabestrillo transobturador (AdVance®).

Se sugiere que previo a la cirugía se debe realizar en la mayoría de los casos historia clínica completa, exploración física, estudios de laboratorio, cuestionario de la escala internacional de IU, cistoscopia y estudio de urodinamia. En la actualidad, la colocación del cabestrillo está indicada en el manejo de la IU de leve a moderada, y el esfínter artificial externo en el caso de moderada a severa.

* Autor para correspondencia: Calzada de Tlalpan N° 4800, Colonia Sección XVI, Delegación Tlalpan, C.P. 14080, México D.F., México. Teléfono: 4000 3044 (S. Ahumada-Tamayo).

El manejo de la IU de esfuerzo posprostatectomía radical (PPR), continúa siendo un reto para el urólogo a pesar de las opciones terapéuticas que se tienen en estos momentos. El cabestrillo uretral se convierte en la actualidad en una opción útil de tratamiento menos costosa, con disminución de la tasa de complicaciones en comparación al esfínter artificial, sobre todo en los pacientes con IU no severa.

KEYWORDS

Stress urinary incontinence; Post-radical prostatectomy; Transobturador sling; Mexico.

Management of post-radical prostatectomy male urinary incontinence with a transobturador sling (AdVance®)

Abstract Urinary incontinence (UI) is a disorder that in general affects 1 to 39% of men. It has various etiologic causes and the main one is UI secondary to radical prostatectomy (RP). Stress UI (SUI) secondary to RP continues to be a problem with a significant impact on patient quality of life. Treatment depends on whether the UI is mild, moderate, or severe. Severe UI requires more intense methods that simulate urethral sphincter activity. The options are the transobturador sling or artificial urinary sphincter implantation, accepted as the gold standard.

A 68-year-old man had onset of lower urinary tract symptomatology in 2006. Study protocol reported a prostate-specific antigen (PSA) value of 7.02 ng/ml and a free PSA fraction of 17%. The histopathologic study (HPS) of the prostate biopsy specimens reported prostate cancer (CaP). RP was performed and the HPS reported a Gleason score of 4 + 4 = 8 and stage pT2c disease. The patient later presented with moderate SUI that did not improve with medical treatment. Cystourethrography revealed dilation of the bulbous urethra and cystoscopy showed an integral sphincter, so surgical management with transobturador sling (AdVance®) placement was decided upon.

It is suggested that in the majority of cases all of the following should be carried out prior to surgery: a complete medical history, physical examination, laboratory studies, international UI scale questionnaire, cystoscopy, and urodynamics study. Sling placement is currently indicated in the management of mild to moderate UI and external artificial sphincter is indicated in moderate to severe cases.

SUI management after RP continues to be a challenge for the urologist, despite the available therapeutic options. The urethral sling has become a useful and less expensive treatment option, with a lower complication rate compared with the artificial sphincter, especially in patients with UI that is not severe.

Introducción

La incontinencia urinaria (IU) es un padecimiento que en general afecta a mujeres en el 5% a 69% y a hombres en 1% a 39%, su etiología en cada género varía, siendo en el hombre las causas más frecuentes: la edad avanzada, los síntomas de las vías urinarias inferiores (SVUI) más infecciones, el deterioro funcional y cognitivo, los trastornos neurológicos y la prostatectomía radical (PR) como principal causa.

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) secundaria a una PR, continúa siendo un problema con un impacto importante en la calidad de vida del paciente. La tasa de IU posterior a los 12 meses de esta cirugía, se reporta del 5% al 30%. La IUE posterior a una PR se debe principalmente a deficiencia intrínseca del esfínter, y en pocas ocasiones por inestabilidad del detrusor o por una deficiencia extrínseca pura del esfínter¹.

Dentro del tratamiento inicial para IU de bajo grado, se pueden implementar ejercicios de piso pélvico, estimulación eléctrica o fármaco-terapia. Se puede utilizar inyección de agentes para abultar la uretra, como el cabestrillo artificial realizado por Kaufman en 1970, quien fue el primero en reportar y utilizar material sintético como cabestrillo o dispositivos de balón de presión. En los casos de IU severa se requieren métodos más intensos, que semejen la actividad del esfínter uretral. Las opciones previas al

esfínter artificial son el cabestrillo transobturador (AdVance®), el cual tiene una aplicación más fácil, con resultados de éxito satisfactorios, por último y en caso de desear obtener una continencia total, tenemos al esfínter urinario artificial aceptado como “gold standard”¹⁻³.

Presentación del caso

Hombre de 68 años de edad, quien inició en el 2006 con sintomatología obstructiva urinaria baja, se realizó protocolo de estudio con antígeno prostático específico (APE) 7.02 ng/mL, fracción libre 17%, se realizan biopsias de próstata con reporte histopatológico (RHP) de cáncer de próstata (CaP); se efectúa PR. El RHP evidenció Gleason 4+4=8 y pT2c, posteriormente cursa con IUE moderada, sin mejoría al tratamiento médico.

La uretrocistografía muestra dilatación de uretra bulbar (figs. 1 y 2), en la cistoscopia se observó el esfínter íntegro, por lo que se decidió su manejo quirúrgico con la colocación de cabestrillo transobturador (AdVance®) (figs. 3 a 6). Presentó evolución posquirúrgica adecuada.

Discusión

Sabemos que en el caso de IUE posprostatectomía radical (PPR), el esfínter artificial externo es el “gold standard”



Figura 1 Uretrocistografía miccional en fase de eliminación: se aprecia la uretra bulbar.



Figura 2 Uretrocistografía miccional: se aprecia mayor apertura de uretra bulbo-membranosa.



Figura 3 Posición en litotomía con áreas marcadas en piel para su abordaje, en periné y por debajo del tendón del músculo aductor mayor.



Figura 4 Ingresos de aguja helicoidal de fosa del obturador al periné.



Figura 5 Se aprecia cabestrillo en posición de uretra bulbar, con los 2 extremos de la malla externa.

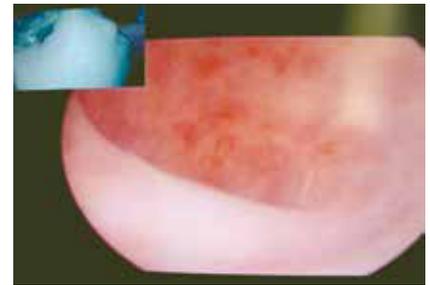


Figura 6 Visualización de la uretra bulbar con malla ya colocada y la elevación del piso de la uretra.

con una tasa de continencia que va desde el 73% al 90%, sin embargo, en el seguimiento de estos pacientes se han presentado importantes complicaciones y reintervenciones hasta el 57%, dentro de estas complicaciones se presentan las erosiones, infecciones, incontinencia recurrente, problemas en el mecanismo del esfínter, los cuales obligan a la reintervención, obteniendo mayor gasto para el paciente y procedimientos quirúrgicos para vaciamiento urinario no fisiológicos, de ahí la necesidad de pensar en una alternativa menos invasiva al esfínter artificial externo como es el cabestrillo transobturador³. Teniendo en cuenta la hipótesis sobre la cual se configuró el cabestrillo transobturador, en donde la uretra posterior se reubica más proximal y de esta manera se tiene mejor continencia, los primeros pioneros en realizar este tipo de procedimientos fueron Rehder y Gozzi^{3,4}. Realizaron estudios en cadáver y posteriormente en pacientes varones, sus resultados mostraron una tasa de curación de la incontinencia en el 40% y una tasa de mejoría de la incontinencia en el 30%, con mínima tasa de morbilidad⁴.

Se sugiere que previo a la cirugía se debe realizar en la mayoría de los casos historia clínica completa, exploración física, estudios de laboratorio, cuestionario de la escala internacional de IU, cistoscopia y estudio de urodinamia. En la

actualidad, la colocación del cabestrillo transobturador está indicada en el manejo de la IU leve a moderada, y el esfínter artificial externo en el caso de moderada a severa⁵⁻⁷. Un punto importante a considerar es que en caso de fracaso del cabestrillo, se puede ofrecer la colocación del esfínter artificial externo^{1,4,8}.

Conclusiones

El manejo de la IUE PPR continúa siendo un reto para el urólogo a pesar de las opciones terapéuticas que se tienen en estos momentos, siendo determinante para el éxito del mismo, la experiencia del urólogo en el manejo de las diferentes modalidades de tratamiento. El cabestrillo uretral se convierte en la actualidad en una opción útil de tratamiento menos costosa, con disminución de la tasa de complicaciones en comparación al esfínter artificial, sobre todo en los pacientes con IU no severa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Financiamiento

No se recibió ningún patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Bibliografía

1. Hubert J. Bulbourethral composite suspension: a new operative technique for post-prostatectomy incontinence. *J Urol* 2004;171(5):1866-1870.
2. Thüroff JW, Abrams P, Andersson KE, et al. Guía clínica sobre la incontinencia urinaria. *Actas Urol Esp* 2011;35(7):373-388.
3. Cornel EB, Elzevier HW, Putter H. Can Advance Transobturador Sling Suspension Cure Male Urinary Postoperative Stress Incontinence? *J Urol* 2010;183(4):1459-1463.
4. Rehder P, Gozzi C. Transobturador Sling Suspension for Male Urinary Incontinence Including Post-Radical Prostatectomy. *Eur Urol* 2007;52(3):860-866.
5. Castle EP, Andrews PE, Itano N, et al. The male sling for post-prostatectomy incontinence: mean followup of 18 months. *J Urol* 2005;173(5):1657-1660.
6. Inci K, Ergen A, Bilen CY, et al. A new device for the treatment of post-prostatectomy incontinence: adjustable perineal male sling. *J Urol* 2008;179(2):605-609.
7. Han JS, Brucker BM, Demirtas A, et al. Treatment of Post-Prostatectomy Incontinence With Male Slings in Patients With Impaired Detrusor Contractility on Urodynamics and/or Who Perform Valsalva Voiding. *J Urol* 2011;186(4):1370-1375.